

„Kik jöttek, évek, évek?”

Illyés Gyula faggatja e különös szépségű szavakkal saját jövőjét, az idősödő ember örök kíváncsiságával. Különös helyzetben vagyunk magunk is, midőn – egy év után ismét - lehetőséget kapunk, hogy a gazdaság szakembereinek adhassunk számot a csontritkulásról, népegészségügyünk egyik fontos területéről. Az oszteoporózis (csontritkulás, a csontok törékenységgel járó betegség) ellátása terén olyan folyamatok indultak meg a 2007-es évben, amelyek a szakembereket aggodalommal töltik el társadalmunk 'csontállapotát' illetően az elkövetkező évekre vonatkozóan.

Nem véletlen talán a lap érdeklődése e téma iránt: múlt évi cikkünkben rámutattunk, hogy az oszteoporózis minden tizedik polgárunkat érinti és évente 100 ezer (!) csonttörést okoz. Következményei tehát fájdalmasak, gyakran élethosszig megnyomorítják a beteget, sőt évente 3000 esetben a csípőtörés szövődményei halálhoz is vezetnek. Ellátásának a költségei – diagnosztikát, kezelést, szövődményeket és halálozást egybevéve – 40 milliárd forint feletti terhet jelentenek a magyar társadalom számára. Elmondtuk azt is, hogy az egészségügyi főhatóság, a biztosító és az orvosok évtizedes összefogása példátlan eredményt hozott a riasztó kór elleni küzdelemben, mivel sikerült megállítani hazánkban a csonttörések számának – harminc éven át folyamatosan tartó – növekedését: Magyarországon 2002-2006 között nem nőtt, hanem stagnált a csonttörések száma! Eredményünkre jogosan voltunk büszkék, Európában nem akadt hasonló teljesítmény. A hazai ellátási gyakorlatot a WHO és az EU szakemberei is nagyra értékelték: pár éve például brit és brüsszeli parlamenti képviselők tanulmányozták módszereinket, majd hazájukban megkezdték ezek némelyikének a bevezetését.

A 2007-es év számos változást hozott az egészségügyi ellátások finanszírozásában, s nem maradt ki ebből az oszteoporózis sem. Megváltozott az alapvető diagnosztikus módszerek hozzáférhetősége és új szabályok szerint folyik a tb-támogatású gyógykezelés. A csontritkulásos betegekkel foglalkozó orvosok jelentős eltolódásokat érzektek az új szabályok következtében, ezért kérésükre szakmai Társaságunk megvizsgálta a csontbeteg ellátásának néhány jellemző indikátorát. A legfontosabb mutató a kezelt betegek száma, ami 2007 végére közel felével csökkent! (1. ábra). Ennek az adatnak a releváns értékeléséhez néhány háttér-információ: hazánkban mintegy 900.000 ember szenved csontritkulásban, s ezek mintegy harmadán várható a következő évtizedben csonttörés. A töréseket hatékonyan megelőző terápiára tehát ez a 300.000 beteg mindenképpen rászorulna. Korábban (ld. példaként 2006 első félévét) e betegek közel felét elérte az oszteoporózis ellátás, ami szép és hatásos teljesítmény volt az adott gazdasági erővel rendelkező magyar társadalomtól. Országunk gyarapodása közben azonban a kezelést kapók száma ma már csak negyede a rászorultakénak. Ebből egyenesen következik, hogy a porózisos csonttörések egy részét ezentúl nem tudjuk megelőzni, a törésszám tehát növekedésnek indul.

Kemény gazdasági adat is ez egyben: a csontritkulásból fakadó törések sürgősségi ellátása ma évi 16 milliárd forintot emészt fel, a begipszelt vagy megoperált betegek munkakiesése tetemes, az évi 12.000 csípőtáji törött egynegyede meghal a következő év során és így tovább. E súlyos számok azonban az eddigi helyzetet jellemezték, ahol az oszteoporózisos betegek hatod részét, s ezen belül a fokozott törési kockázattal élőknek a felét kezeltük olyan eljárásokkal, amelyek ezt a kockázatot képesek voltak megfelelni. Mire kell számítanunk, ha a fenti paraméterekkel kezelt betegek száma a korábbi 140 ezerről 80 ezer alá csökken? Aligha másra, mint a törések számának újbóli növekedésére – pedig korábban 1000 orvos és asszisztens évtizednyi munkája és temérdek társadalmi költség befektetése (a diagnosztikus eljárások teljeskörű finanszírozása mellett 90 %-os gyógyszertámogatás) fékezte meg e riasztó tendenciát.

Mi okozza vajon a csontritkulás ellen kezelt betegek számának megfeleződését? Könnyű válaszként kínálkozna a vizitdíj többletköltsége vagy a gyógyszerek támogatásának 70%-ra való csökkenése, tapasztalataink szerint azonban nem ezek a legfontosabb tényezők. A antiporózisos gyógyszerek egy részének ára pl. inkább csökkent, így a beteg ma hozzájuthat olcsóbb készítményekhez is. A gyógykezelést érintő új szabályozás számos korszerű, hasznos elemet is tartalmaz és lehetővé teszi mindazok kezelését, akiket korábban is kezelni tartottunk szükségesnek. Hazánkban változatlanul hozzáférhető minden korszerű csontvédő gyógyszerkészítmény. Mi áll akkor a háttérben?

A csontritkulás felismerésének alapja egy gyors, biztonságos és fájdalomtalan diagnosztikus vizsgálat, a csontok denzitometriája (csontsűrűség mérése), amelyet a törzs csontjain egy drágább készülékkel, a végtagok csontjain pedig kétféle, olcsóbb eljárással lehet elvégezni. A csontritkulás azonban minden betegnél más-más mértékben érinti az egyes törzsi vagy végtagcsontokat, függően az örökölt adottságoktól és az életmód egyéni sajátosságaitól. Ezért ideális esetben legalább két törzsi csont (gerinc és csípőtáj) és legalább két végtagcsont (alkar és sarok) mérésével törekszünk biztosítani, hogy a betegség megbízhatóan felismerhető legyen. A sarokcsonti vizsgálóeljárás exkluzív előnye továbbá, hogy a csontok anyagi minőségéről és belső szerkezetének épségéről is tájékoztat, a csonttörés rizikójának pedig ezek is fontos tényezői. A felsorolt vizsgálatok egyidejű elvégzése alig félórát vesz igénybe, sugárterhelése elhanyagolható, találati biztonsága pedig nagyon jó. E módszer nem csak az oszteoporózis felismerésének, de a kezelésnek is az alapja, mivel a szabályozó rendeletek – helyesen – a denzitometriás mérések kórosságának egy bizonyos szintjéhez kötik a gyógyszerek tb-támogatását.

Ebben a diagnosztikus rendszerben azonban jókora változások történtek 2007-ben. A végtagcsontokon végzett és az ultrahangos denzitometria az új szabályozás szerint nem kap finanszírozást az oszteoporózis vizsgálatokor. A 2. ábra A részében látható, hogy a különféle (törzsi, végtagi és ultrahangos) denzitóméterek az ország egészét lefedték, bármely lakóhelytől 30 km-en belül akadt elérhető csontdiagnosztikai lehetőség. A 2. ábra B része megmutatja a jelen helyzetet, vagyis azon mérőhelyeket, ahol ma is tb-finanszírozással történhet a csontmérés. Mindezeket túl az új finanszírozási szabályok a két törzsi csont közül is csak az egyiknek a mérését teszik lehetővé, ami azért nagy baj, mert semmilyen orvosi módszerrel nem mondható meg előre, hogy egy adott betegnél a gerinc vagy a csípőcsont mérése mutat-e kóros eredményt. Nagy gond ez pl. akkor, ha az egyik törzsi csonton mért normális eredmény hamis nyugalomba ringatja az orvost és a beteget egyaránt, miközben a mérésből kimaradt másik törzsi csonton már megindult az oszteoporózis és az csak a törés bekövetkezésekor derül majd ki. Az új szabályozás ráadásul csak két évente finanszírozza a denzitometriás méréseket, pedig számos betegség ennél gyorsabban romolhat, s így gyakrabban (pl. évente) volna ellenőrizendő. Szerencsére a gyógyszeres kezelésben részesülőknél továbbra is évente ellenőrizhető a csontok denzitása: ez nem csak az esetleg eredménytelen kezelés felismerése céljából fontos, hanem azért is, mert a csontritkulás kezelése csak tartós alkalmazásakor hoz megfelelő eredményt. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a betegek terápiás fegyelmét és kitartását nagyban fokozza a rendszeres ellenőrzés és a javulásról kapott pozitív visszajelentés.

Az egészségügyi intézmények ma már részben piaci helyzetben dolgoznak, a finanszírozás változásaira tehát gyorsan reagálnak. A denzitometria hazánkban közel 200 készülék alkalmazását jelentette, mintegy 120 denzitometriás laborban, ahol a műszerek évente végzett országos szakmai kontroll alatt működtek. A csontvizsgálatokban 200, speciálisan kiképzett és állandóan továbbképzett asszisztens dolgozott. A finanszírozási változások hatására 2008 elejére a csontmérő laborok tevékenysége jelentősen visszafogottá vált, tucatnyit már be is zártak és 50 asszisztens már nem végez denzitometriát. Az elvi lehetőséget, hogy a nem tb-finanszírozott vizsgálatrészek a beteg által térített módon

történjenek meg, a betegek többsége nem tudja magára vállalni. Nem meglepő ez, hiszen a csontritkulás elsősorban az idősek, vagy a polimorbid (több krónikus betegségben is szenvedő) betegek kórképe.

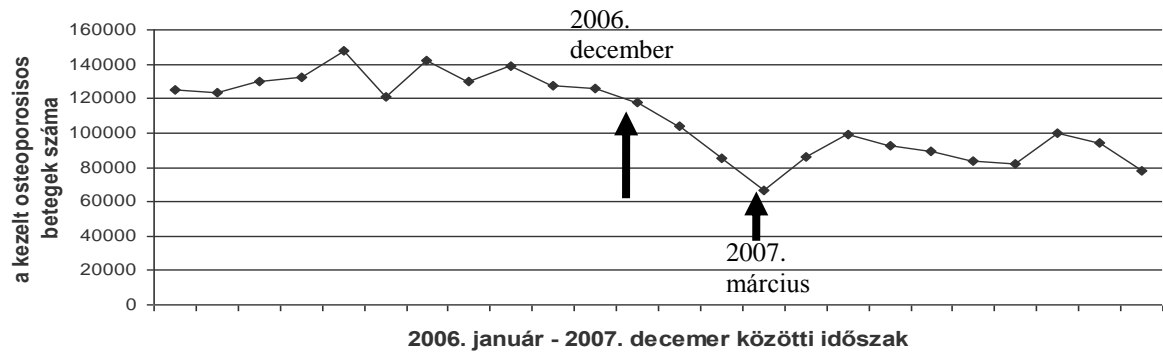
Mindezekén túl a csontvizsgálatot kezdeményezni jogosult szakorvosok köre is megváltozott 2007-ben. Kikerültek pl. ebből a körből a házi orvosok, akiknél a legtöbb beteg először jelentkezik. A denzitometriához előbb házi orvosi beutalóval szakorvoshoz kell fordulni, majd az ott kapott újabb beutalóval menni a csontmérésre. Úgy tűnik, a fentebb részletezett finanszírozási korlátok mellett ez az a másik változás, ami a legnagyobb hatással tartja távol a csontritkulásos betegeket a diagnosztikus lehetőségektől. Minthogy a gyógyszeres kezelés a denzitometria kóros értékéhez kötött, ennek hiányában kezelés sem indulhat.

A Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság nagy hagyományokkal rendelkezik az egészségügyi főhatósággal és a biztosítóval való együttműködésben. A betegek érdekében az elmúlt években elért szép eredményeknek alighanem éppen ez az együtt munkálkodás volt a legfőbb záloga. A jelen cikkben felsorolt problémákat ezekben a hónapokban azért is tekintettük át, hogy az irányító testületek felé felmutatva közösen kidolgozhassuk azt a pár kisebb korrekciót, amelyekkel a csontritkulás elleni küzdelem ismét sikeressé tehető hazánkban. Fontos ezt minél korábban megtennünk, mert ha a törésszám akár csak 10 %-kal is növekszik, már ennek a sürgősségi ellátási költsége is nagyobb, mint pl. a denzitometria teljes finanszírozási szükséglete – s akkor a fontosabbik évről, a betegek sorsáról még szó sem esett. A cél tehát – hangsúlyozzuk! – nem a gyógyszerkassza terheinek növelése: a gyógyszertámogatási rendelet modern, pár kisebb korrekcióval szakmailag is jól alkalmazható. A feladat a diagnosztikus folyamatokban létrejött „forgalmi dugó” elhárítása, hogy a rászoruló a korábban már eredményesnek bizonyult módon eljuthassanak a kezelésig. Mindez gazdasági cél is, amelyet a mai kor orvosa, még kellő közgazdasági ismeretek nélkül is, kénytelen figyelembe venni.

Budapest, 2008. február 29.

Dr. Horváth Csaba  
az MTA Doktora  
a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság elnöke

1. ábra Az osteoporosis miatt kezelt betegek számának változása az elmúlt 2 évben



2. ábra A csontvizsgáló műszerek földrajzi eloszlása 2006. vs. 2007.

